N° 23

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA BURSITE

SOUS-DELTOÏDIENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Janvier 1909

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Eugène FERRAN

Né à Gruissan (Aude), le 18 mai 1884

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL D'ORAN

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

—

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲)
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✲)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique		TRUC (✲).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales		RAUZIER.
Clinique obstétricale		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.* | MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *professeur.* | LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de mon affection filiale.

A MON FRÈRE, LE COMMANDANT FERRAN

PROFESSEUR D'INFANTERIE A L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE GUERRE

Mon aîné dans la vie, envers lequel, quoi qu'il advienne, je garderai toujours la reconnaissance de m'avoir servi de père, et de s'être efforcé de faire de moi un homme.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

E. FERRAN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ SOUBEYRAN

Que nous remercions du fond du cœur pour sa sollicitude constante envers nous.

A MM. LES DOCTEURS

ABADIE, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL CIVIL D'ORAN

SOULEYRE, MÉDECIN DE L'HOPITAL CIVIL D'ORAN

Dont nous fûmes l'interne et auprès desquels nous fûmes initié à la pratique médicale journalière.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

E. FERRAN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA BURSITE

SOUS-DELTOIDIENNE

INTRODUCTION

Définition — Historique

Nous entendons par bursite sous-deltoïdienne, l'inflammation aiguë ou chronique de la bourse séreuse sous-deltoïdienne. Cette bursite se manifeste cliniquement sous deux modalités différentes bien distinctes, la forme sèche ou fibreuse, et la forme avec épanchement. Dans le premier cas, nous dirons qu'il y a périarthrite ; dans le second cas, hygroma.

Ces deux processus inflammatoires sont très fréquents chez l'homme (Duplay), mais ils sont presque aussi fréquents que méconnus, et nous faisons surtout allusion à ces formes sèches et torpides pour lesquelles le malade dédaigne de consulter son médecin, ou pour lesquelles le

médecin lui-même fait superficiellement le diagnostic de rhumatisme, arthralgie, tumeur blanche, etc.

C'est que la bursite sous-deltoïdienne fait partie de ces affections, qui se manifestent à nous par une symptomatologie d'emprunt. La douleur, l'impotence fonctionnelle d'une articulation, la tuméfaction plus ou moins diffuse, un état général plus ou moins mauvais, toutes ces manifestations, si l'on se contente d'une examen superficiel, sont généralement imputées à des maladies plus courantes ou plus en vogue, et nul ne sera étonné quand nous aurons dit que l'affection elle-même n'a été découverte qu'en 1867 par Jarjavay ; il y a donc à peine quarante ans.

Jusqu'alors cette affection avait été confondue avec la luxation de la longue portion du triceps par Cooper dans sa « Myotomia Reformata, 1694 », par Bromfield, dans les « Chirurgical observationes and cases 1773 », et par Monteggia, dans ses « Institutioni Chirurgiche, 1803 ». C'est donc seulement en 1867 que Jarjavay publiait dans la *Gazette hebdomadaire* un article dans lequel il reconnaissait que les auteurs avaient mal interprété les différents symptômes, et, s'appuyant sur cinq cas vus par lui, il concluait en disant que la lésion prise pour une luxation du tendon de la longue portion du triceps, avait son siège dans la bourse séreuse sous-acromiale. L'idée était lancée ; Duplay la reprit pour son compte (1872) et par l'étude approfondie qu'il en fit et surtout par les preuves anatomiques qu'il donna à l'appui de ses assertions, lui donna vraiment droit de cité. En vain, Gosselin essaya-t-il d'infirmer les conclusions de Duplay dans une thèse de l'un de ses élèves, Duronea (Essai sur la scapulalgie, Paris, 1873), il ne tarda pas lui-même à reconnaître comme vraie et primitive la périarthrite scapulo-humérale, et désormais la discussion ne portera plus sur l'existence pro-

prement dite de l'affection, mais sur ses différentes branches : étiologie, forme clinique, traitement. Duplay ne verra qu'une seule cause à l'affection, à savoir, le traumatisme, Desplats, de Lille (*Gazette hebdomadaire* de 1878), s'en prendra au rhumatisme. Plus près de nous, des auteurs comme Vautrin (Eléments de pathologie et clinique chirurgicale), et Kirmisson (Traité de chirurgie de Duplay et Reclus), s'attachent principalement à la description des formes sèches ; d'autres, comme Vidal (*Gaz. hebdomadaire,* 1896), envisagent les formes suppurées.

En résumé, et c'est l'idée que nous tenons à émettre, comme nous étant inspirée par ce rapide historique : la bursite scapulo-humérale, longtemps ignorée, très souvent encore méconnue, mérite d'entrer davantage dans le domaine des connaissances médicales courantes, et à s'imposer plus souvent au diagnostic du médecin hésitant.

En rechercher les causes, préciser la symptomatologie fonctionnelle et physique, essayer, pour une très modeste part, de la dégager de l'ensemble des maladies concomitantes, en exposer enfin un traitement rationnel, nous a paru être un travail utile et nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

ETIOLOGIE

Le microbe. — Le terrain

Sous l'influence des progrès de la microbiologie, l'étiologie des différentes maladies a subi, ces vingt dernières années, un véritable bouleversement. L'infection par un agent microbien est de plus en plus reconnue comme la grande cause des différents processus inflammatoires.

A notre avis, la bursite sous-deltoïdienne n'est, elle aussi, que la réaction d'une séreuse en face d'un agent microbien en voie de développement. Mais la pénétration d'un microbe dans l'économie n'est pas l'unique cause de son développement. Il faut aussi que le terrain soit propice, que la résistance en soit atténuée. Cette atténuation ou ce défaut de résistance pourra provenir :

1° De l'organisme en général :

a) Anémies soit essentielles, soit consécutives, aux diverses maladies fébriles.

b) Etats diathésiques ; Arthritisme, Goutte, Diabète, Syphilis, qui, par leur excès de sécrétion de toxines ou leur défaut d'élimination, sont les facteurs importants de déchéance générale.

2° D'un état défectueux de la région anatomique intéressée :

a) Traumatisme de la région de l'épaule. Contusion fracture, luxation.

b) Fatigue du membre et de l'articulation dans certaines professions : manœuvriers, gymnasiarques. (Etiologie déjà constatée également dans plusieurs cas de paralysies progressives, qui s'attaqueraient en première ligne aux muscles les plus surmenés.)

Nombreuses, comme on le voit, sont donc les causes qui diminuent la résistance vitale. Mais toutes ces causes ne sont, à notre avis, que prédisposantes, et la cause occasionnelle n'en sera pas moins le microbe.

Nous ne le connaîtrons pas toujours, mais la rapidité des découvertes microbiologiques nous permet déjà d'anticiper.

Tout nous porte à croire qu'il existe un agent infectieux du rhumatisme. Or, le rhumatisme est une des grandes causes de la bursite sous-deltoïdienne.

Observation Première

Rambaud. Thèse Paris, 1900

Ro... Arsène, âgé de 30 ans, souffre depuis trois ans de rhumatisme. Il fait les manœuvres au mois de septembre 1898, et depuis cette époque, ressent des douleurs dans l'épaule droite. Pas de déformation, mais l'élévation du bras et la rotation en arrière demeurent des mouvements impossibles.

Bien plus typique comme étiologie rhumatismale est le cas publié par Desplats dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1878.

Observation II

De Desplats

D..., cordonnier, âgé de 34 ans, entre à l'hôpital le 27 septembre 1877. A la suite d'exercices de gymnastique, il avait éprouvé, 11 jours auparavant, une vive douleur dans l'épaule gauche. Cette douleur, depuis, ne s'était pas calmée.

Une douzaine d'années auparavant, à la suite d'une fièvre typhoïde, ce malade avait eu des douleurs dans les membres inférieurs. Pas de fièvre au moment de l'entrée, mais il y en aurait eu quelques jours plus tôt. Du côté de l'épaule, un peu de gonflement ; ni rougeur, ni chaleur. Douleurs spontanées, s'exagérant par la pression et les mouvements, grande faiblesse dans tout le membre. Rien ailleurs.

Le 1er octobre, les douleurs gagnent le coude et la main du même côté. Les articulations des doigts sont déformées. Tout mouvement est impossible. Salicylate de soude.

Le 3, douleur de l'épaule très atténuée, mais celle de la main et de l'avant-bras persiste. Le pouls est tombé à 68 pulsations. La température est à peu près normale.

Le 10, les douleurs envahissent le membre supérieur droit.

Le 18, les douleurs disparaissent, mais sont remplacées par de fortes coliques, de la diarrhée, de la dysurie. Ces accidents ne cessent qu'au bout de trois jours, et leur disparition coïncide avec la reprise des douleurs.

Nous donnerons plus loin la fin de cette intéressante observation. Nous tenons simplement à démontrer la liai-

son indiscutable existant souvent entre le rhumatisme et la bursite.

Mais l'agent infectieux supposé du rhumatisme n'est pas le seul coupable. Le staphylocoque a pu être incriminé, et naturellement dans les affections où il prédomine, les affections cutanées ou sous-cutanées (éruption furonculeuse, anthrax, phlegmon) ; ou enfin osseuses (ostéomyélites).

Tel est le cas d'un aide-médecin, que publia Besnard dans sa thèse de Bordeaux, en 1887.

Observation III

Besnard

B..., aide-médecin de la marine, 23 ans. Entre le 15 octobre 1886 à l'hôpital militaire de Brest, avec le diagnostic de rhumatisme articulaire de l'épaule.

Il a été porteur, dans le courant du mois de septembre, de deux gros furoncles sur la face externe de la cuisse droite. En outre, il a vu se développer, il y a quinze jours, un troisième furoncle, situé à la région postéro-latérale droite du cou, au niveau de la troisième vertèbre cervicale.

Le début de l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital date de cinq jours. La douleur a d'abord été légère. C'était plutôt de la gêne dans les mouvements de l'articulation scapulo-humérale, un peu de lourdeur dans le bras, mais pas de douleurs aiguës. Après quarante heures seulement, la douleur a commencé à s'accentuer. B... s'est aperçu du gonflement de son épaule, de l'impossibilité presque absolue de tous les mouvements de l'articulation

et principalement de celui de l'abduction. Insomnie. Langue saburrale.

Le 19, douleurs lancinantes extrêmement vives. Ni l'opium, ni le chloral ne peuvent procurer au malade le sommeil. Vomissements dans la nuit. Délire. 39°5.

Le 20, fluctuation manifeste dans la profondeur. Adénite peu prononcée des ganglions axillaires gauches et traînée de lymphangite sur la face postérieure du cou. Opération. Une incision de cinq centimètres au bistouri donne issue à environ 150 grammes de pus épais, mélangé à de petits filets de sang. Drainage. Guérison.

Fernand Vidal, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1896, cite un cas de périarthrite suppurée aiguë, qu'il observa au cours d'une pneumonie, et qu'il mit sur le compte du pneumocoque.

Observation IV

Vidal

X..., 48 ans, alcoolique, ayant déjà souffert de deux pneumonies, entre à Baujon, le 27 juin 1895, pour une pneumonie gauche, ayant débuté cinq jours auparavant par un point de côté et un gros frisson. Souffle tubaire. Râles crépitants. Bronchophonie. La défervescence complète ne se fait que le dix-huitième jour.

Deux jours plus tard, le malade se plaint de douleurs siégeant au niveau de l'épaule droite et faisant le tour de la ceinture scapulaire. Les mouvements d'élévation et d'abduction sont difficiles et douloureux. On fait rouler facilement et presque sans douleur la tête de l'humérus

dans la cavité glénoïde. Durant quelques jours, la température remonte à 38 degrés, puis redescend à la normale. Pendant ce temps, la tuméfaction de l'épaule augmente, et à la partie antérieure de la région, sous le deltoïde, on voit se dessiner une masse arrondie, grosse comme une mandarine, nettement fluctuante. On procède à une ponction au trocart sur la face antérieure du deltoïde, en dehors de l'espace delto-pectoral. Il s'écoule un pus très épais, grumeleux, jaunâtre, ayant tout l'aspect présenté en général par le pus à pneumocoque.

Il nous serait difficile de ne pas incriminer également le bacille de Koch. Richard, de Paris, dans une thèse publiée en 1898, nous présente toute une série d'hygromas à grains riziformes, d'origine bacillaire, et il est tout naturel de penser que cet hygroma puisse parfois être sous-deltoïdien.

Observation V

Jean de Cambo. Etiologie probablement bacillaire

B..., âgée de 24 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital le 28 février 1889.

Antécédents héréditaires. — Tuberculose pulmonaire chez le père.

Antécédents personnels. — Santé délicate. Rhumes fréquents. Un enfant mort jeune, un autre présentant de la tuberculose.

Il y a cinq mois environ, vague douleur à l'épaule droite, exaspérée par le mouvement et la fatigue. Pas de gonfle-

ment articulaire. Puis la gêne fonctionnelle devient de plus en plus grande. Les téguments périarticulaires sont un peu tendus et comme enflammés, et on note l'existence d'une collection purulente vers le tiers supérieur de la face antérieure du bras.

Une incision pratiquée laisse écouler une grande quantité de pus séreux, jaunâtre, mélangé à des grumeaux caséeux. Douleur presque nulle. Tendance à la fistulisation. Plusieurs incisions sont successivement pratiquées. A l'intérieur, on donne arséniate de soude et huile de foie de morue, et la guérison revient au bout de plusieurs mois.

Il est regrettable que ces différentes observations ne nous aient été transmises avec la preuve bactériologique. Néanmoins, la clinique en est suffisamment claire pour que nous puissions nous arrêter à l'idée de la nature infectieuse de la bursite sous-deltoïdienne.

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE ET PHYSIOLOGIE

Anatomie pathologique

Soyons logique, et avant d'entrer dans la symptomatologie clinique, étudions l'anatomie et le fonctionnement de l'articulation de l'épaule, d'abord chez l'individu normal, puis chez le malade et nous verrons que notre symptomatologie se comprendra plus aisément, parfois se déduira d'elle-même.

1° *Chez l'individu normal*

L'articulation scapulo-humérale est revêtue d'une sorte de coiffe musculaire, formée par les quatre muscles, le sous-scapulaire en avant de la capsule, le sus-épineux en haut, et le petit rond en arrière. « Ainsi revêtue de sa coiffe musculo-tendineuse, la tête humérale entre en contact supérieurement avec la voûte ostéo-fibreuse que forment l'acromion et la coracoïde reliés par le ligament acromio-coracoïdien. Cette voûte surplombe comme un auvent la cavité glénoïde, agrandissant par ce fait la cavité de réception et de protection de la tête humérale. La voûte acromio-coracoïdienne est prolongée en dehors, en avant et en arrière par le triangle musculaire du deltoïde, qui achève l'enveloppement de l'article. Au-dessous du mus-

cle, un mince feuillet aponévrotique continue le ligament acromio-coracoïdien. Toutes ces parties sont en contact immédiat avec l'articulation, et les frottements de la tête humérale sur cette enveloppe ont créé une grande séreuse, la séreuse sous-deltoïdienne. » (Poirier, Anatomie.)

Cherchons maintenant à voir de plus près cette bourse dont parle Poirier, et disséquons la région deltoïdienne. Lorsque, après avoir séparé le deltoïde de la ligne d'insertion humérale, on le relève en haut, nous trouvons tout d'abord, en bas et en dehors du tendon du sous-épineux, une couche abondante de tissu cellulaire, qui isole déjà le deltoïde de la face externe de la capsule articulaire. Puis, si nous continuons et si, enlevant complètement le deltoïde, nous regardons plus en haut et en dedans, nous apercevons alors, entre la voûte acromio-coracoïdienne, d'une part, les tubérosités de l'humérus et le manchon capsulaire, d'autre part, la bourse séreuse vraie, la sous-acromio-deltoïdienne. C'est la synoviale d'une articulation existant entre la tête humérale et la face inférieure de la voûte acromio-coracoïdienne excavée pour la recevoir.

Cette bourse séreuse a des dimensions variables. Tillaux lui assigne une capacité pouvant aller normalement jusqu'à 30 centimètres, et Gauthier lui a trouvé une largeur de 5 centimètres à sa partie supérieure, de 2 à 5 centimètres à sa partie inférieure sur une hauteur de 7 centimètres. Il importe de noter : 1° qu'elle ne communique pas avec la synoviale ; 2° qu'à la face externe du trochiter et à 3 centimètres environ de son bord supérieur, se trouve le nerf circonflexe dont la présence nous rendra compte des douleurs que nous rencontrerons exactement à ce niveau ; 3° qu'autour de la séreuse sous-deltoïdienne, se trouvent situées d'autres bourses de moindre importance, comme la bourse séreuse sous-scapulaire, la bourse

sous-coracoïdienne, quelques prolongements de la synoviale articulaire de l'épaule. Ceci pourra expliquer la possibilité de l'étendue du processus inflammatoire de la bourse sous-deltoïdienne aux bourses périphériques, ou encore de la périarthrite à l'arthrite elle-même, et enfin toute une symptomatologie de gravité tout à fait variable.

Nous connaissons l'articulation. Voyons comment elle fonctionne, voyons surtout le rôle de la bourse sous-deltoïdienne, dans cette physiologie de l'articulation de l'épaule : Lorsque, se plaçant derrière un sujet sain, on lui fait exécuter des mouvements d'abduction avec lenteur, « l'humérus s'éloigne du tronc et atteint l'horizontale sans que la pointe de l'omoplate fasse la moindre saillie sous la peau. A partir de 90° seulement, lorsque la rencontre de la grosse tubérosité et de la voûte coraco-acromiale établit la limite de ce mouvement, on voit l'angle inférieur du scapulum décrire un arc de cercle, son angle interne restant immobile et servant de centre de mouvement. Grâce à cela, le bras peut être élevé jusqu'à la rencontre de la partie latérale, postérieure de la tête, bien au delà de la verticale. » (Rambaud, Paris, 1900.)

Enlevons maintenant le deltoïde et recommençons le mouvement en examinant de plus près ce qui se passe dans notre bourse séreuse. Jusqu'à 45°, le mouvement a lieu tout entier dans l'articulation scapulo-humérale. Au-delà de cet angle, on voit la paroi de la bourse séreuse se plisser sur la face externe de la grosse tubérosité, et le pli est d'autant plus prononcé que l'angle formé par le bras et le tronc augmente.

Le bras est à 45°. Portons-le maintenant en arrière. Nous sentons alors les tubérosités humérales glisser sous la séreuse et venir faire en avant une saillie fort appré-

ciable au doigt. « Si maintenant, restant en arrière, nous prenons la main correspondante et la plaçons en arrière au niveau des reins, l'extrémité supérieure de l'humérus, animée d'un mouvement de rotation interne, vient froncer fortement les parois de la bourse sous-deltoïdienne. » (Th. Rambaud, Paris 1900.)

Il nous est déjà aisé d'entrevoir que dans la bursite sous-deltoïdienne, les mouvements d'élévation et d'extension en arrière seront douloureux et à peu près impossibles.

2° *Chez le malade*

Voyons maintenant ce que devient, au point de vue anatomique, notre articulation chez le malade. Nous avons à envisager les deux cas : bursite sèche et bursite avec épanchement.

Dans le premier cas, nous citerons le rapport que publie Duplay à la suite d'une autopsie qu'il eut l'occasion de faire en 1870 chez un sujet ayant présenté de la périarthrite sèche, et décédé d'une maladie intercurrente :

« L'épaule gauche présente de notables altérations. Le deltoïde semble peu atrophié, mais son tissu est beaucoup plus pâle que celui du côté opposé. Au lieu du tissu cellulaire lâche et lamelleux qui, à droite, occupe le plan profond des muscles, on trouve un tissu fibreux résistant, constituant des brides irrégulièrement disposées et qui, dans plusieurs points, unissent le deltoïde à l'extrémité supérieure de l'humérus. Il n'existe plus aucune trace de cette vaste bourse séreuse que l'on trouve manifestement à droite. Les tendons des muscles sous-épineux, sus-épineux, petit-rond et sous-scapulaire ont perdu leur aspect

brillant et nacré. Leur surface est comme dépolie, jaunâtre. Il en est de même de la face inférieure de l'acromion qui répond à l'extrémité supérieure de l'humérus. Il est évident que la bourse sous-acromiale a été le siège d'une inflammation suivie d'épaississement de ses parois, mais on ne rencontre pas d'adhérences, ni de brides fibreuses à ce niveau. Il est même impossible de retrouver des vestiges d'adhérences qui auraient été rompues dans les manœuvres faites quelques semaines avant, tandis que l'on constate aisément, à la face profonde du deltoïde, l'existence de brides fibreuses dont les points d'attache ont été arrachés. »

La topographie pathologique sera tout autre dans la forme avec épanchement. Dans ce dernier cas, nous nous trouvons en face d'une cavité, amincie ou cloisonnée, à parois plus minces et plus vasculaires dans les cas aigus, plus villeuses et plus mamelonnées dans les cas chroniques. Le liquide dont la quantité a pu atteindre 1.800 grammes (Richard, Thèse de Paris, 1898), peut revêtir les différents aspects, depuis la nuance jaune citrin jusqu'aux différents tons purulents, roussâtres ou grumeleux, ou présenter des grains riziformes.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons hâte de pouvoir entrer enfin dans le cœur du sujet. Nous connaissons les causes de la lésion. Nous connaissons la lésion elle-même. Comment se manifeste-t-elle cliniquement ?

Distinguons plus que jamais la forme sèche et la forme avec épanchement.

1° *La forme sèche*

Trois grands symptômes dominent la scène : la douleur, l'impotence fonctionnelle, les craquements.

La douleur. — Après un début qui ne présente rien de caractéristique, puisqu'il est tantôt brusque, et tantôt insidieux, la douleur apparaît. Elle peut présenter tous les caractères, et est en rapport avec la qualité, la virulence de l'agent microbien, avec le genre aigu ou chronique de l'affection. Tantôt aiguë, rebelle à tout traitement, s'accompagnant de phénomènes généraux, tantôt, au contraire, à peine sensible, ne s'accusant qu'à la pression de certains points déterminés, et au cours de certains mouvements. C'est naturellement au niveau de la bourse enflammée, à quatre centimètres environ au-dessous de l'acromion, sur le côté externe du bras, aux attaches inférieu-

res du deltoïde et immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde que nous provoquerons ces pressions douloureuses. Le pli du coude semble être souvent aussi le point de départ d'une sensation douloureuse. Mais, en aucun cas, la pression directe de la tête humérale dans le creux axillaire ne paraît douloureuse, signe certain qu'il ne s'agit nullement d'arthrite.

Mais la douleur n'est seulement pas spontanée ou provoquée par des pressions particulières, elle est encore provoquée par certains mouvements. Et ici, rappelons-nous le rôle que joue la bourse sous-deltoïdienne dans les mouvements de l'épaule. La bourse entre en jeu lorsque le mouvement d'abduction et d'élévation du bras dépasse 45° et lorsque ce bras en abduction est porté en arrière. Voici donc qui va être caractéristique : dans toute bursite sous-deltoïdienne, l'omoplate étant fixé et n'exerçant aucun mouvement de compensation, les mouvements d'élévation du bras à partir de 45°, et les mouvements d'abduction en arrière, ou simplement en arrière, appelés par Rambaud « mouvements de bretelle », sont très douloureux et rendus impossibles.

Impotence fonctionnelle. — C'est donc surtout dans l'impossibilité de ces deux mouvements que consiste l'impotence fonctionnelle du membre, qui tout naturellement est limitée par la douleur. Aussi le malade se présente-t-il souvent à nous avec l'attitude longtemps considérée comme caractéristique de la fracture de la clavicule ; l'épaule abaissée, le bras pendant le long du tronc, l'avant-bras en demi-flexion et soutenu par l'avant-bras du côté sain. Si cependant nous l'examinons, nous constatons que les mouvements d'adduction ou de projection du membre en avant

sont parfaitement conservés. Seuls, les mouvements d'élévation et « de bretelle » demeurent impossibles.

Craquements. — Ce n'est pas tout. Qui dit forme sèche, dit presque toujours dépôt de fibrine, formation d'adhérences, et il ne faudra donc pas s'étonner si, dans les mouvements que nous imprimons au membre, il nous arrive d'avoir la sensation de crépitation, de craquement. Cette crépitation se manifeste au moment où le bras porté dans l'abduction est assez élevé pour que le trochiter glisse sous le bec acromial. Elle est vraisemblablement due au glissement devenu défectueux de la bourse séreuse dépolie par l'inflammation chronique, et ce signe disparaîtra dès qu'un épanchement se sera produit, dès que la périarthrite sera devenue hygroma.

Observation VI

Personnelle

Nous tenons à fixer immédiatement cette symptomatologie par une observation, due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran.

M. X..., 31 ans. A souffert pendant plusieurs mois de douleurs dans la région de l'épaule droite, se manifestant même au repos, même la nuit, et l'empêchant de se coucher sur le côté droit. Ces douleurs s'accentuaient vivement dans les mouvements d'élévation et d'abduction du bras, toutes les fois que le deltoïde entrait en contraction. Il était très pénible et presque impossible au malade de passer sa veste et son pardessus. En plus, dans les mouvements forcés, perception de craquements. La teinture d'iode, les frictions térébenthinées n'y firent rien. M. X...

se décida à avoir recours à une gymnastique appropriée, et la guérison survint en un mois.

Atrophie musculaire. — Nous sommes là, en face d'une évolution heureuse de la maladie, due vraisemblablement à l'efficacité d'un traitement rationnel, et M. X... ne présente plus trace aujourd'hui de son affection. Tous les cas sont loin d'être aussi heureux, et, soit négligence de la part du malade, soit erreur du diagnostic médical, soit enfin inefficacité du traitement, nous pouvons voir apparaître, dans les cas rebelles et chroniques, une nouvelle symptomatologie grave, capable de compromettre grandement le bon fonctionnement du membre, nous voulons parler de la contracture musculaire, très rapidement suivie d'atrophie musculaire avec troubles trophiques.

« On peut dire, dit Chauvel, qu'il n'y a pas de périarthrite sans contracture. Elle se manifeste surtout du côté des muscles de l'aisselle, grand pectoral d'une part, grand dorsal et grand rond d'autre part, et aussi du côté du biceps. Le bras est immobilisé dans l'adduction par les premiers et l'avant-bras, dans la demi-flexion, par le second. Il suffit de rechercher soit à écarter l'un, soit à étendre l'autre, pour voir aussitôt les muscles former corde sous la peau, et opposer une résistance presque invincible à la manœuvre. »

Suivant la loi générale, la contracture ne tarde pas à faire place à l'atrophie, atrophie due certainement à la propagation de la sclérose du tissu cellulaire aux cordons nerveux qui le traversent, autrement dit atrophie due à la névrite locale. En tout cas, « elle frappe la plupart des muscles de l'épaule en commençant par le deltoïde. Celui-ci, plus ou moins réduit d'épaisseur, se plaque sur l'humérus avec lequel il semble faire corps. Les muscles qui for-

ment la paroi de l'aisselle sont, dans certains cas de périarthrite sèche, tellement atrophiés, sclérosés et rétractés, qu'ils ont la rigidité et la consistance du bois. Les fosses sus et sous-épineuses s'excavent peu à peu. » (Chauvel.)

Cette atrophie est plus ou moins précoce dans son apparition. Elle a pu être foudroyante ; en général, elle débute de cinq à six mois après l'apparition de la lésion.

Observation VII

Cas d'atrophie du deltoïde consécutive à une péri-arthrite sèche
Rambaud. Thèse Paris, 1900.

B. Victor, cocher, se présente le 28 juillet 1898, à Laënnec, pour douleur siégeant au niveau de l'épaule gauche. L'affection pour laquelle il se présente a débuté l'année dernière par une douleur à l'épaule droite, douleur empêchant les mouvements de bras en haut et en arrière. Au bout de trois mois, tout phénomène douloureux disparaît. Mais en mai 1898, la douleur reparaît cette fois à l'épaule gauche. Elle est beaucoup plus forte. Le malade ne sait pas comment elle est venue et n'invoque ni refroidissement, ni rhumatisme, ni traumatisme.

A l'examen, l'épaule gauche est très abaissée, et l'atrophie du deltoïde est très sensible. Le malade porte assez facilement son bras en avant et en dedans, mais ne peut le porter en arrière et en dehors. L'articulation est intacte.

Bien plus typique encore est la suite de l'observation de Desplats, dont nous avons relaté le début au chapitre Etiologie rhumatismale (obs. II).

« Il s'agit donc de D., cordonnier, 34 ans, entré à l'hôpital le 27 septembre et présentant une bursite sous-del-

toïdienne gauche aiguë, consécutive à une crise rhumatismale.

» Le 6 novembre.— Depuis quelques jours, les muscles du membre supérieur gauche semble s'atrophier. Une exploration attentive confirme ces craintes, et montre que le deltoïde a perdu beaucoup de son volume, ainsi que le triceps et même les muscles de l'avant-bras.

» Frictions. Faradisation. Bains sulfureux. Le 15 janvier, aplatissement notable de l'épaule. Excavation des deux fosses, sus et sous-épineuses, amoindrissement très apparent du grand dorsal. Atrophie de tous les muscles du bras, de l'avant-bras et de la main. Tous les mouvements de l'humérus sont communiqués à l'omoplate et l'omoplate une fois immobilisé, l'humérus ne peut exécuter aucun mouvement.

» Le 16, rupture des adhérences sous chloroforme. »

Mais il est bien rare qu'une atrophie aussi prononcée ne s'accompagne pas de troubles trophiques variés : névrites rebelles, tenaces, zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, épaississement du tissu cellulaire, hypothermie du membre, éruptions diverses. C'est, d'ailleurs, ce qu'a pu relater Desplats dans la fin de son observation.

« Le malade sort de l'hôpital le 27 février, mais y rentre de nouveau, le 11 mars, accusant de vives douleurs. Elles n'occupent pas la région de l'articulation scapulo-humérale, mais plutôt la base du cou et le bras. L'exploration de l'articulation par la pression au niveau de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, ou par une forte pression de la tête de l'humérus contre la cavité glénoïde, ne les réveillait pas.

» Cependant, les mouvements étaient douloureux, mais le malade ne localisait pas la douleur dans l'épaule ; le

maximum était dans le bras et l'aisselle. La périarthrite pouvait donc être considérée comme guérie. Il ne restait plus que de la névrite.

» L'atrophie persistait. Pendant ce second séjour, d'autres signes de névrite se produisirent. Le malade eut, à plusieurs reprises, sur le trajet des nerfs douloureux, des espèces de furoncles, dont la guérison fut très lente. L'un d'eux mit plusieurs semaines à se cicatriser et demeura durant tout ce temps, extrêmement douloureux. Il présenta aussi, et cela jusqu'au moment de sa sortie, un épaississement particulier du tissu cellulaire sous-cutané, décrit, dans ces derniers temps, sous le nom d'adipose ; un pli fait à la peau sur deux points symétriques des deux membres supérieurs était deux fois plus épais à gauche qu'à droite.

» Enfin, à deux reprises, coïncidant avec des crises douloureuses assez semblables à des crises névralgiques, nous observâmes des sueurs limitées au membre supérieur. »

Résumons-nous : Douleur, impotence fonctionnelle, craquements comme symptômes immédiats, atrophie musculaire avec troubles trophiques comme symptômes à plus ou moins longue échéance, telle est la façon dont se manifeste à nous la périarthrite sous-deltoïdienne.

2° *Hygroma ou forme avec épanchement*

Les craquements exceptés, nous allons retrouver les mêmes signes fonctionnels que dans la périarthrite. Donc, répétons : douleur, impotence fonctionnelle, à la longue même, atrophie musculaire. Mais les signes physiques, réduits à leur minimum dans la périarthrite, prennent ici une importance prépondérante.

L'inspection nous montre une tuméfaction arrondie, bien limitée, de la partie supérieure et externe du moignon de l'épaule, et tout naturellement la dimension de cette tuméfaction variera avec la capacité de la bourse séreuse, avec la quantité de liquide ou de pus qu'elle contiendra. Elle pourra aller du volume d'une simple noisette à celui d'un œuf d'autruche, en imposer pour un gros phlegmon. Généralement, elle ne dépasse guère le volume d'un poing.

Le toucher peut donner des impressions variables, suivant le degré de tension du liquide, mais une tumeur du volume d'un poing se manifestera déjà par une très forte tension de la poche, une sensation rénitente, et une fluctuation très nette.

Observation VIII

(Cas d'hygroma sous-deltoïdien, dû à l'obligeance du professeur Soubeyran). Personnelle.

X..., 60 ans, cultivateur à Mauguio, entre à l'Hôpital-Suburbain (salle Bouisson), le 5 septembre 1908.

Antécédents personnels. — Néant.

Malade actuellement depuis environ un mois. La partie supérieure et externe du moignon de l'épaule grossit sans douleur.

Examen. — A l'inspection, l'épaule gauche paraît globuleuse, arrondie, et être le siège d'une tuméfaction du volume d'un poing, très irrégulière.

Au toucher, on sent que la tumeur est sous-deltoïdienne et la fluctuation est très nette. L'articulation proprement dite de l'épaule est intacte, indolore.

Le diagnostic d'hygroma sous-deltoïdien est porté. Le 7 septembre, première ponction. Il s'écoule un liquide lou-

che, verdâtre, bien lié, environ un grand verre à bordeaux. L'épaule s'affaisse. Injection d'éther iodoformé au 60e.

Huit jours après, le liquide s'est reformé. Nouvelle ponction. Ecoulement d'un liquide un peu plus jaunâtre. Nouvelle injection d'éther iodoformé.

Deux jours après, le malade sort, l'épaule encore un peu tuméfiée. Et nous n'avons pas eu malheureusement de nouvelles depuis.

Les hygromas sous-deltoïdiens suppurés sont cependant loin d'avoir toujours une allure aussi insidieuse, et Besnard, de Bordeaux, dans sa thèse, en 1887, publie deux observations typiques se caractérisant par une tuméfaction énorme de toute la partie supérieure du bras et empiétant même sur la paroi thoracique, s'accompagnant de phénomènes généraux intenses, fièvre, délire, vomissements, et suivis de mort. Richard, de Paris, dans sa thèse, en 1898, cite un cas où la collection liquide avait atteint 1.800 grammes.

Evolution et pronostic. — Nous ne nous attarderons pas à la description de ces cas, qui ne sont que des exceptions, des curiosités cliniques. Nous tenions simplement à les signaler. Que leur souvenir se présente simplement à nous, qu'il nous rende prudent et plein de circonspection, lorsque nous aurons à établir le pronostic d'une bursite sous-deltoïdienne. Sans doute, un certain nombre de périarthrites ou hygromas passent quelquefois inaperçus; l'épanchement se résorbe peu à peu, les phénomènes inflammatoires régressent et tout rentre dans l'ordre. Mais n'oublions pas non plus ces formes fibreuses, plastiques, où les nombreuses adhérences finissent par compromettre le bon fonctionnement du membre, ces formes suppurées avec

phénomènes généraux, menaçant d'infecter les régions voisines et en particulier l'articulation de l'épaule ; enfin, cette atrophie musculaire avec troubles trophiques, lamentable apanage de ces affections chroniques.

DIAGNOSTIC

Cette diversité dans la symptomatologie, cette diversité dans l'évolution, nous explique cette facilité avec laquelle la bursite sous-deltoïdienne, prenant le masque d'affections avoisinantes, est si souvent méconnue.

Essayons donc d'exposer un diagnostic précis. Et pour être méthodique, nous ne confondrons pas notre affection.

1° Avec les affections articulaires.

Rhumatisme. — Le mot de douleur éveille facilement dans l'esprit du public, ainsi que dans celui du médecin, celui de rhumatisme, et la méprise sera d'autant plus facile que nous avons vu la bursite se développer facilement chez les rhumatisants. Rappelons-nous donc les symptômes précis de la bursite : la tuméfaction localisée, les douleurs dans les mouvements d'élévation du bras, et « de bretelle », d'une part, et, d'autre part, n'oublions pas que le rhumatisme est le plus souvent polyarticulaire et récidivant, que la douleur est dans l'articulation même de l'épaule, que tous les mouvements du membre sont douloureux, que l'affection cède volontiers au salicylate.

Arthrite aiguë. — L'arthrite scapulo-humérale est caractérisée par l'atroce douleur qui survient au moindre mouvement. Il est impossible de palper la tête humérale

dans le creux axillaire sans arracher des cris au malade. La saillie formée par l'épanchement, lorsqu'il en existe, s'accuse surtout au niveau du sillon delto-pectoral, et non au niveau de la bourse sous-deltoïdienne. La douleur intra-articulaire s'accentue encore par la pression. Tout l'article est augmenté de volume et prend la forme particulière de gigot de mouton.

Tumeur blanche. — L'ostéoarthrite tuberculeuse évolue chez des sujets présentant des lésions plus ou moins avancées de bacillose. Le début est insidieux. L'évolution présente des stades successifs de douleur avec gêne dans les mouvements, puis contractures, puis tuméfaction de tout l'article avec teinte blafarde des téguments, enfin quelquefois, fistulisation à caractères bien connus.

2° Avec les affectations para-articulaires :

Phlegmon. — Les cas suraigus excessivement rares des bursites sous-deltoïdiennes, pourront en imposer pour un vrai phlegmon de l'avant-bras, et cela d'autant mieux que le plus souvent, le processus infectieux s'est propagé de la bourse au tissu cellulaire sous-cutané, et aux aponévroses intra-musculaires ; qu'en somme, la deuxième affection est venue se surajouter à la première. Dans ce cas-là, nous n'avons pas à nous occuper du diagnostic. Il est urgent d'intervenir, de débrider.

Abcès froids. Lipomes. — Les cas subaigus, au contraire, pourront en imposer pour des abcès froids, des lipomes, des kystes hydatiques. Mais dans ces différents cas, le début, l'évolution de l'affection, le terrain sur lequel elle évolue, la parfaite conservation de tous les mouvements de l'articulation, enfin, la ponction elle-même, nous rendront facile le diagnostic.

TRAITEMENT

Notre affection reconnue, diagnostiquée, que ferons-nous ?

Ici encore, nous devons faire une différence catégorique entre la forme sèche, périarthrite, et la forme avec épanchement, hygroma.

Forme sèche. — Dans la forme sèche, nous avons vu que le principal danger consistait dans le développement d'adhérences, capables de compromettre jusqu'à un certain point la mobilité articulaire. Le traitement rationnel sera donc la rupture de ces adhérences.

1° Par la gymnastique.

Mouvements spéciaux de toute la musculature du membre. D'une part, le bras est immobilisé avec force, ses muscles étant violemment contractés ; d'autre part, l'avant-bras soulevant une haltère qui pourra successivement être de un à dix kilos, exécute des mouvements successifs de flexion et d'extension. C'est le mouvement de traction « de cordon de concierge », mouvement de choix pour mobiliser toute la musculature (deltoïde, biceps, triceps, etc.), entourant la bourse sous-deltoïdienne. La manœuvre s'accompagne de craquements douloureux, indice certain de

la rupture des adhérences. Si de l'amélioration est constatée, le traitement est suivi, quinze jours, un mois, deux mois même, jusqu'à récupération complète des différents mouvements articulaires.

2° Par la réduction sous chloroforme.

Dans les formes chroniques, négligées ou rebelles, la gymnastique est quelquefois insuffisante. Il faut alors se décider à rompre ces solides adhérences sous chloroforme. Le scapulum du patient étant immobilisé par un alèze solidement fixé sous l'aisselle, le chirurgien imprime fortement au membre des mouvements dans tous les sens. Les craquements que l'on entend au cours de l'opération avertissent de la rupture du tissu fibreux. Le membre est ensuite mobilisé chaque jour pour éviter une néoformation fibreuse.

Hygroma. — *a*) L'épanchement est séreux.

Il est peu abondant. Le repos du membre, quelques pointes de feu superficielles, la compression ouatée favorisent la résorption de l'exsudat. Dès que la douleur aura diminué, pour éviter l'atrophie, parfois précoce du deltoïde, nous prescrirons le massage et la gymnastique de l'article.

L'épanchement séreux est très abondant et n'offre aucune tendance à la résorption. Nous ponctionnerons au trocart en pleine collection liquide, et injecterons ensuite une quantité équivalente d'éther iodoformé. Compression et mobilisation précoce.

b) L'épanchement est purulent.

Une intervention précoce s'imposera. Le diagnostic fait, il faudra ouvrir largement la poche et la drainer, pour éviter toute complication du côté de la séreuse arti-

culaire. On fera de préférence l'incision au niveau de la face antérieure du bras, région nullement dangereuse.

Quant à l'atrophie musculaire, elle relèvera, comme toutes les atrophies, du massage et de l'électrisation.

CONCLUSIONS

L'inflammation de la bourse séreuse sous-deltoïdienne, dont l'étiologie paraît nettement infectieuse, se manifeste à nous sous deux formes très nettes.

1° La forme sèche, caractérisée par la formation de nombreuses adhérences, capables de compromettre le bon fonctionnement du membre.

2° La forme avec épanchement séreux ou purulent, caractérisée par la présence d'une tuméfaction circonscrite de la partie antéro-externe du moignon de l'épaule. Une négligence ou une méconnaissance de l'affection, ont eu souvent pour conséquence une atrophie de la musculature de l'épaule.

Efforçons-nous donc de faire un diagnostic précis et précoce, et appliquons immédiatement le traitement rationnel : rupture des adhérences dans les formes sèches, ponction dans les formes séreuses, incision dans les formes suppurées, chacune de ces interventions étant suivie d'une gymnastique rationnelle, d'une mobilisation méthodique.

BIBLIOGRAPHIE

Berne (George). — Union médicale, 1887, n° 94.

Besnard. — Hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse sous-deltoïdienne. Thèse Bordeaux, 1887.

Bromfield. — Chirurg. observat. and cases, vol. 2, p. 76.

Chauvel. — Dictionn. encyclopédique. Art. Scapulagie.

Cooper. — Myotomia Reformata, p. 149.

Desplats. — Gazette hebdomadaire, 1878, page 374.

Duplay. — Leçons cliniques. Union Médicale, août 1872. Archives générales de médecine, novembre 1872. Semaine médicale, 1896, page 193.

Duronea. — Essai sur la scapulagie. Th. Paris, 1873.

Gauthier. — La périarthrite scapulo-humérale. Thèse de Paris, 1875.

Desché. — De quelques hygromas suppurés. Thèse de Paris, 1892.

Gosselin. — Clinique de la Charité, 1869.

Jarjavay. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1867, n° 21.

Kirmisson. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

Monteggia. — Insti. Chirurg., t. V. p. 178.

Poirier. — Traité d'anatomie.

Rambaud. — Thèse Paris, 1900. La périarthrite scapulo-humérale.

Richard. — Hygromas à grains riziformes. Thèse de Paris, 1898.

Roustan. — Des périarthrites. Montpellier Médical, 1880.

Testut. — Traité d'anatomie.

Widal. — Gazette hebdomadaire, 1896.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 Janvier 1909
Pour le Recteur,
Le Vice-Présid. du Conseil de l'Université,
MAIRET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 Janvier 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !